



Christine
Passerieux*

Prises en charge psychologiques dans les schizophrénies

Le projet de soins avec un patient schizophrène vise d'abord à nouer une alliance thérapeutique de qualité et à introduire un traitement médicamenteux adapté. Les techniques de soins non médicamenteuses s'inscrivent dans ce schéma de base, soit pour le soutenir, soit pour le renforcer de manière complémentaire et à condition qu'une stabilisation suffisante des symptômes soit acquise.

Ce qui est nouveau

L'information au patient et à sa famille et l'annonce du diagnostic s'adaptant aux possibilités de compréhension et d'acceptation du patient sont recommandées.

De nouveaux soins psychologiques sont proposés, de type rééducatif (remédiation cognitive, habileté sociale) ou visant à renforcer la « partie saine » de la personnalité (thérapie cognitive et comportementale).

De très nombreuses approches relationnelles, psychothérapiques ou de réadaptation ont été développées depuis une trentaine d'années du fait de la conjonction de plusieurs facteurs.¹ Le premier est que le modèle de vulnérabilité, devenu le modèle explicatif de référence, a mis l'accent sur l'importance des facteurs psychologiques et environnementaux dans l'évolution des troubles schizophréniques. Le deuxième facteur est le constat que si les antipsychotiques ont permis une amélioration de certains aspects des troubles (délire, désorganisation du comportement et de la pensée, hallucinations), leur limite est également évidente en ce qui concerne les aspects déficitaires (retrait social, manque d'initiative et de motivation, difficultés relationnelles), les troubles cognitifs, le fonctionnement social et la qualité de vie. De surcroît, les patients schizophrènes ont tendance à interrompre leur traitement encore plus souvent que ceux atteints d'autres pathologies chroniques.

Ces différents traitements non médicamenteux n'ont pas tous le même objectif. Leur niveau de preuve est variable et leur accessibilité en soins courants n'est pas toujours acquise en France, en particulier pour les approches les plus récentes. Le tableau présente les principales approches, leurs cibles et leur niveau d'efficacité rapporté dans les études de validation.

En pratique, ces soins sont proposés de manière le plus souvent gratuite et complémentaire au suivi médical dans les centres médico-psychologiques ou les hôpitaux de jour du secteur public où sont suivis une grande majorité des patients schizophrènes. En réalité, l'offre de soins dans le service public est très hétérogène et très variable d'un lieu à l'autre. Et si le principe est celui de la liberté de choix du patient, le principe de la sectorisation (attribution du lieu de soins en fonction de son domicile) est souvent appliqué de manière plus rigide compte tenu des moyens disponibles.

* Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, France ; service de psychiatrie d'adulte, centre hospitalier de Versailles, 78157 Le Chesnay Cedex, France.
cpasserieux@ch-versailles.fr

Psychoéducation

La psychoéducation vise à transmettre au patient, et éventuellement à sa famille, un certain niveau de compréhension et de maîtrise de ses troubles, maîtrise qui passe par une utilisation pertinente des ressources thérapeutiques.²

Les pratiques de l'annonce du diagnostic ont beaucoup changé en France ces dernières années, en psychiatrie comme dans les autres spécialités, du fait des lois successives, en particulier celle du 4 mars 2002. Cependant, pour beaucoup de patients schizophrènes, le diagnostic de schizophrénie n'a aucun sens. Ils ne veulent pas entendre parler de cette maladie, qu'ils stigmatisent comme tout le monde. Dépasser cet écueil pour leur permettre d'accéder à la psychoéducation est parfois difficile, et il est plus efficace de rester au plus près de leur plainte, comme leur difficulté à entrer en relation ou à parvenir à leurs objectifs de vie, que d'exiger d'emblée un degré important de conscience du trouble. L'objectif est de construire avec chaque patient un minimum de langage commun et de consensus sur les difficultés et les objectifs des soins.

Il existe de nombreuses formes de psychoéducation, avec des objectifs plus ou moins ambitieux. La psychoéducation en groupe (qui se déroule le plus souvent sur une dizaine de séances de 1 heure 30 à 2 heures) est privilégiée parce qu'elle favorise des prises de conscience par le partage d'expérience et un cadre souple ; il est parfois plus facile d'accepter pour soi une parole dite à un autre. Il a été montré que la psychoéducation améliore les compétences des patients à faire face à leurs troubles et leurs soins. Une littérature abondante existe également sur la psychoéducation des familles : elle réduit l'expression d'émotions négatives au sein de la famille, et les rechutes et réhospitalisations du patient.

Psychothérapies

Thérapies cognitives et comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif de réduire les symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit. On estime qu'un tiers des patients ont des hallucinations ou un syndrome délirant résistant, et plus des deux tiers un syndrome déficitaire. Le modèle sur lequel se fonde ces thérapies propose que les idées délirantes et les hallucinations résultent d'erreurs d'interprétation, d'attributions erronées en lien avec des biais de raisonnement ou des déficits d'attribution à soi. Ainsi, les hallucinations sont des productions mentales que les patients attribuent à une source externe. Les TCC visent à modifier ces erreurs de raisonnement et les conséquences comportementales. Par exemple, il s'agit de modifier les croyances délirantes et leur impact émotionnel, et plus globalement de permettre au patient de faire face de manière plus rationnelle à ses symptômes.

TABLEAU Effet de taille des principaux traitements dans la schizophrénie

Type de traitement	Type de mesure d'impact	Effet de taille*
Traitement antipsychotique	Symptômes (en général)	0,43-0,58
Entraînement aux habiletés sociales	Acquisition d'habiletés Fonctionnement social	0,76-1,43 0,51
Psychoéducation	Rechutes	0,17-0,56
Thérapie cognitive et comportementale	Symptômes positifs	0,35-0,65
Remédiation cognitive	Fonctionnement cognitif Fonctionnement social	0,11-0,98 0,36-0,51

* L'effet de taille est une mesure de l'importance de l'impact du traitement : faible entre 0,20 et 0,40, modéré entre 0,40 et 0,80, et fort au-delà de 0,80.

Les TCC ont fait la preuve d'une efficacité sur les symptômes positifs, encore que le débat reste vif sur ce point, puisque les études les plus récentes, plus exigeantes sur le plan méthodologique (double aveugle), ne rapportent pas une telle efficacité. Enfin, elles sont inefficaces sur les symptômes négatifs. En dépit de ces résultats mitigés, elles restent recommandées dans les soins courants pour les personnes souffrant de schizophrénie. En pratique, il s'agit de thérapies individuelles, une séquence de soins comportant une quinzaine de séances d'une demi-heure à une heure.

Thérapies familiales

Les familles doivent être aidées. L'idée que les mères ou les familles aient une responsabilité dans l'émergence de la maladie a été abandonnée. En revanche, de fortes tensions familiales et une ambiance de critiques et de dévalorisation à l'endroit du patient

POUR LA PRATIQUE

- L'établissement d'une relation de confiance et la mise sous traitement antipsychotique sont la base de la prise en charge.
- Les nombreux soins non médicamenteux (psychoéducation, thérapie familiale, thérapies cognitives et comportementales, remédiation cognitive, entraînement des habiletés sociales) sont développés par des équipes pluriprofessionnelles dans des structures de type centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ou hôpital de jour. Délivrés gratuitement dans le cadre de la psychiatrie de secteur, ces soins ne sont pas partout disponibles.
- L'intégration de ces soins dans une dynamique de réinsertion avec l'appui éventuel du secteur médico-social est nécessaire.

sont un facteur de rechute et de réhospitalisations. Cet accompagnement des familles peut prendre la forme d'une guidance et d'un soutien parental ou d'une psychoéducation destinée aux familles. Dans certains cas, une psychothérapie visant à un meilleur ajustement des positions et des rôles de chacun peut être nécessaire ; le modèle systémique est alors le plus souvent utilisé.

Psychothérapie d'inspiration analytique

Alors que la psychanalyse a été l'approche de référence jusque dans les années 1950-1960, elle n'a plus de place dans les soins directs aux patients mais reste un modèle pour la compréhension des mouvements psychoaffectifs des patients ou de leur entourage. Des psychothérapies d'inspiration analytique adaptées et conduites par des thérapeutes expérimentés peuvent cependant être proposées à une petite proportion de patients.

Remédiation cognitive

Il est à présent acquis que la schizophrénie a un impact très négatif sur le fonctionnement cognitif et que les déficits cognitifs observés expliquent une grande part du handicap psychique des patients. Ce constat a conduit au développement de techniques visant, par un entraînement intensif, à rééduquer ou remédier le fonctionnement cognitif.^{3, 4} Les compétences visées sont des compétences neuropsychologiques (attention, mémoire, fonction exécutive, métacognition) ou en cognition sociale (reconnaissance des émotions, capacités d'attribution d'intention à autrui). L'enjeu est que les progrès obtenus se généralisent à d'autres situations que celles travaillées et aient un impact favorable sur le fonctionnement. Les méta-analyses les plus récentes^{5, 6} concluent à un impact modéré de manière générale, et important dès que la remédiation est associée à des mesures de réhabilitation – comme le fait d'associer remédiation et reprise d'activité professionnelle. Malgré ces données, les *guidelines* récentes ne suggèrent pas – pas encore ? – la diffusion large de la remédiation cognitive.

Plusieurs types de remédiation cognitive sont validés, en individuel ou en groupe. Le rythme conseillé est soutenu (deux ou trois séances par semaine) et la durée très variable, de un mois et demi à un an. Ces techniques, pour l'instant peu diffusées et donc peu accessibles, suscitent beaucoup d'intérêt chez les professionnels.

Entraînement aux habiletés sociales

La schizophrénie entraîne le plus souvent une altération importante des capacités de communication et des compétences sociales. L'objectif de cette forme de thérapie de groupe est de développer ces capacités par des exercices portant sur des situations de la vie quotidienne. Son impact est évalué de manière diverse selon les méta-analyses, mais les experts s'accordent sur un point : l'un des facteurs limitants est le déficit en cognition sociale des patients, et des actions couplées de remédiation en cognition sociale potentialisent l'impact de cet entraînement.

Soins de réhabilitation et cadre des soins

L'ensemble de ces soins requiert des compétences et des métiers multiples. C'est précisément la mission des secteurs de psychiatrie d'organiser ces séquences de soins, au sein de centres médico-psychologiques et d'hôpitaux de jour. D'autre part, ces soins doivent prendre place dans une stratégie globale d'aide à l'accès au travail ou à des activités favorisant le maintien d'un lien social. Cette stratégie s'inscrit dans un partenariat étroit entre les structures sanitaires qui assurent les soins de réhabilitation et des structures médico-sociales qui ont en charge un accompagnement des patients dans la vie quotidienne ou professionnelle. C'est lorsque l'ensemble de la dynamique fonctionnelle de manière synergique que des progrès importants peuvent être attendus. •

C. Passerieux déclare avoir été pris en charge (transport, hôtel, repas), à l'occasion de déplacement pour congrès, par Pfizer.

SUMMARY Psychological interventions in the treatment of schizophrenia

It is clear that the solid foundation of care in schizophrenia (trust and antipsychotic medication) should be reinforced by a set of sequences of psychological care which are presented (objectives, principles and their effectiveness). Some are needed to enhance adherence to care, reduce noncompliance and offer support to relatives (psychoeducation), others aim to improve symptoms such as residual positive symptoms (CBT) or communication difficulties (social skills). The latest target cognitive deficits (neurocognition and social cognition) and improve daily and social functioning. All of these treatments can be done effectively only in a very integrated manner and in partnership with rehabilitation professionals.

RÉSUMÉ Prises en charge psychologiques dans les schizophrénies

Il est établi que le socle des soins aux patients schizophrènes (relation de confiance et traitement antipsychotique) doit être renforcé par un ensemble de séquences de soins psychologiques qui sont ici présentés (objectifs, principes et degré d'efficacité). Certaines sont nécessaires pour renforcer l'adhésion aux soins, réduire des arrêts intempestifs du traitement et limiter l'incompréhension des proches (psychoéducation), d'autres visent à améliorer des symptômes résiduels comme les symptômes positifs (thérapie cognitive et comportementale) ou des difficultés de communication (développement des habiletés sociales). Les plus récentes ciblent les déficits cognitifs (neurocognition et cognition sociale) dont la participation à l'apparition d'un handicap psychique a été établie. L'ensemble de ces soins ne peut se faire efficacement que de manière très intégrée et en partenariat avec les professionnels de la réinsertion.

RÉFÉRENCES

1. Tandon R, Henry A, Nasrallah HA, Matcheri S, Keshavan MS. Schizophrenia, "Just the Facts" 5. Treatment and prevention Past, present, and future. *Schizophrenia Research* 2010;122:1-23.
2. Pekkala ET, Merinder LT. Psychoeducation for schizophrenia editorial group: Cochrane Schizophrenia Group. Publication status and date: Edited (no change to conclusions), published in Issue 1, 2009. Review content assessed as up-to-date: 23 January 2002.
3. Harvey PD, Bowie CR. Cognitive enhancement in schizophrenia pharmacological and cognitive remediation. *Approaches Psychiatr Clin N Am* 2012;35:683-98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2012.06.008>
4. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A. Cognitive remediation therapy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007;190:421-7.
5. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791-802.
6. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk S, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168:472-85.